



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

DADOS DO
PROFISSIONAL

Nome do Profissional

Profissão

- ☐ Médico Veterinário
☐ Zootecnista

Inscrição CRMV-ES Nº.

CPF

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Logradouro, nº, Caixa Postal, Complemento).

Município/UF

/

Bairro

Complemento

CEP

E-mail

Celular

()

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA é o mesmo? () SIM () NÃO – Se não, favor preencher o campo abaixo:

Município/UF

/

Bairro

Complemento

CEP

Venho à presença de Vossa Senhoria REQUERER CANCELAMENTO da minha inscrição nesse CRMV-ES, pelo(s) motivo(s) a seguir, conforme o artigo 18, da Resolução CFMV nº 1.475/2022:

MOTIVOS:

Declaro que:

- Não possuo contratos ativos de responsabilidade técnica e sei que se houver, serão encerrados no ato do cancelamento.
- Sei que a anuidade é devida integralmente, mesmo no ano do cancelamento da inscrição. (Res. 1475/22 Art. 21)
- Não exercerei atividades da profissão enquanto a inscrição estiver cancelada.
- Avisarei ao CRMV caso retorne à atividade, para reativar a inscrição e cumprir as obrigações legais.
- Se tiver inscrição secundária em outro estado, deverei solicitar o cancelamento no CRMV correspondente.

Marque o que entregará:

- ☐ CÉDULA FÍSICA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL ou
☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA (no caso de extravio/roubo/furto da cédula de identidade profissional);

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

Local e Data

_____, ____/____/____

Assinatura do Profissional

A mão, igual ao seu documento OU assinado digitalmente pelo Gov.br
